

ADESIONE AL SERVIZIO SUPPLEMENTARE DI RACCOLTA DI PANNOLINI E PANNOLONI

Il/La sottoscritto/a
C.F. nato/a a
il e residente a indirizzo: via/piazza
..... n. CAP tel.

CHIEDE L'ADESIONE AL SERVIZIO SUPPLEMENTARE DI RACCOLTA DEI RIFIUTI URBANI COSTITUITI DA PANNOLINI E/O PANNOLONI

A tal fine dichiara

A) che presso l'utenza risiedono:

n° bambino/i di età inferiore a tre anni

nome / cognome data di nascita

codice fiscale

nome / cognome data di nascita

codice fiscale

nome / cognome data di nascita

codice fiscale

nome / cognome data di nascita

codice fiscale

n° persone con problemi di incontinenza e/o altre patologie

nome / cognome data di nascita

nome / cognome data di nascita

nome / cognome data di nascita

nome / cognome data di nascita

*Alla presente allega copia del certificato medico attinente gli ausili per l'incontinenza
(solo nell'ipotesi di persone con problemi di incontinenza e/o altre patologie).*

- B)** di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che comportino la modifica del servizio e/o la cessazione dello stesso.
- C)** di essere consapevole che l'eventuale mancato utilizzo del servizio per oltre cinque turni di raccolta consecutivi, comporterà l'automatica sospensione del servizio stesso;
- D)** di aver preso visione, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, dell'informativa presente sul retro del presente modulo riguardante il trattamento dei dati personali e sensibili forniti ed esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi con le modalità e per le finalità sopra esplicitate.

Cagliari,

FIRMA (leggibile)

.....

(allegare alla presente copia del documento di identità del dichiarante e del titolare dell'utenza)

N.B. la fornitura consegnata deve essere sufficiente per 12 mesi.

IL TURNO AGGIUNTIVO DI RACCOLTA PANNI SARÀ ATTIVO DALLA SECONDA SETTIMANA SUCCESSIVA ALLA DATA ODIERNA.

OPERATORE CHE HA GESTITO LA PRATICA	
Nome	Data
Cognome firma (leggibile)